

WELLCOME INSTITUTE LIBRARY	
Coll.	weTROmec
Call	Pam
No.	WC 705
	1861
	N63d

DE LA MALADIE DU SOMMEIL

Dr. A.. Nicolas



22200147264

19087

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

PUBLIÉ

SOUS LES AUSPICES DU MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

RÉDACTEUR EN CHEF : LE DOCTEUR A. DECHAMBRE

TOME VIII 1861

ROYAL MEDICAL & CHIRURGICAL SOCIETY



PARIS

VICTOR MASSON ET FILS

PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

M DCCC LXI

ner la conviction sur l'utilité de la résection dans les coups de feu ; mais vous reconnaîtrez sans doute avec lui que les 6 succès de désarticulation, placés à côté du nombre inconnu, mais sans doute assez considérable, des cas dans lesquels on l'a faite, ne sont pas beaucoup plus encourageants, et qu'en présence des résultats obtenus à la suite des coxalgies, il soit permis de se demander si la résection n'est pas préférable lorsque le chirurgien a décidé qu'une intervention opératoire était indispensable.

M. Le Fort a donc le mérite, dans cette partie du travail, de poser, en s'appuyant sur l'analogie, une question fort importante de pratique chirurgicale, et de fournir encore aux praticiens, pour la solution, tous les documents que la science possède aujourd'hui. Il a d'ailleurs la prudence de ne pas précipiter cette solution et de laisser à l'avenir le soin de décider si celle qu'il désire est en réalité la meilleure.

Messieurs, nous voudrions vous avoir fait comprendre que, par l'utilité des questions pratiques posées dans ce travail, par l'étendue et l'importance de matériaux qui y sont accumulés, par l'ordre et la netteté avec lesquels ils sont présentés, par le bon exemple qui nous y est donné de statistiques aussi bien ordonnées que l'ont permis les documents, par le service que nous rendent les travaux empruntés à la chirurgie étrangère, et enfin par la sagesse et le talent qui ont présidé à la rédaction, M. Le Fort s'est écarté des sentiers battus, et nous a présenté un mémoire des plus remarquables et que l'Académie ne saurait trop encourager.

C'est pourquoi nous vous proposons :

1° D'adresser à M. Le Fort une lettre de remerciements et de félicitations ;

2° De renvoyer son travail à votre comité de publication.

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

Pathologie interne.

DE LA MALADIE DU SOMMEIL, par M. le docteur AD. NICOLAS, chirurgien de la marine (1).

La *somnolence*, ou *maladie du sommeil*, n'est connue en France que depuis peu de temps ; les médecins portugais des navires négriers l'avaient, dit-on, déjà décrite sous le nom de *somnolence* ; mais avant ces dernières années elle était encore inconnue des chirurgiens de la marine attachés aux divers services des côtes occidentales d'Afrique. Bien que, depuis lors, nos collègues détachés au service de l'immigration africaine l'aient bien observée, et que quelques faits aient été publiés dans les journaux, son existence est

(1) Voyez sur le même sujet *Gaz. hebdom.*, 1864, n° 36, p. 572.

vers les aides-majors de seconde classe, qu'elle assimile aux sous-lieutenants. Nous ne pouvons qu'effleurer un sujet sur lequel nous regrettons de ne pouvoir maintenant nous appesantir ; mais nous ne saurions regarder comme exacte l'assimilation d'un aide-major et d'un sous-lieutenant. Ce rapprochement pouvait être juste en 1848 pour les sous-aides supprimés depuis, et que les aides-majors de 2^e classe n'ont pas remplacés. L'aide-major est docteur ; comme tel il a fait au collège des études littéraires et scientifiques complètes, qui valent bien la préparation à l'école spéciale militaire. Il a passé dans une école spéciale, non pas deux ans comme le sous-lieutenant, mais cinq ans au moins et souvent six, lorsqu'il passe déjà docteur par le Val-de-Grâce, ne devrait-il pas être assimilé aux officiers sortant avec le grade de lieutenant des écoles de perfectionnement ? Et croit-on par hasard que l'étude de l'anatomie est plus facile que celle de l'artillerie ; l'art de guérir plus aisé à apprendre que celui des sièges ? Nous devons féliciter le conseil de la reine de l'avoir compris, et d'avoir placé nos confrères de l'armée anglaise dans une situation honorable et hono-

encore mise en doute par plusieurs médecins, même aux Antilles, où il serait cependant facile de l'étudier, si les émigrants n'étaient pas disséminés dans l'intérieur du pays dès leur arrivée dans la colonie. Pour les uns ce ne serait qu'une forme de l'anémie ; pour les autres, qu'un symptôme d'une fièvre typhoïde méconnue, etc. Nous verrons que ces opinions ne peuvent plus se soutenir ; c'est pour y répondre que je publie cette note. Les chirurgiens d'immigration ne sauront gré, sans doute, d'avoir groupé ici nos idées communes.

La maladie du sommeil est caractérisée exclusivement par les manifestations physiologiques du sommeil se prolongeant au delà de ses limites normales.

Le nom de *somnolence* lui convient parfaitement. Si l'on trouve ce mot trop peu précis pour désigner une affection distincte et essentielle, on pourrait lui consacrer le mot *hypnose*, qui a la même signification, et qui répond à tous les besoins.

On ne peut se former actuellement d'opinion sur la fréquence de la maladie. Sur un personnel de 1200 émigrants environ que j'ai eu successivement sous les yeux pendant une période de neuf mois, j'en ai observé 5 cas. J'estime que pour 100 émigrants africains qui meurent dans les traversées du Congo aux Antilles, on compte 1 somnolent. Si cette affection paraît plus commune dans les établissements français de la côte d'Afrique, cela résulte de ce que les somnolents que l'on découvre dans les contingents mis à la disposition des navires recruteurs sont laissés à terre au moment du départ. C'est donc dans ces établissements qu'il faut étudier la maladie, si l'on veut s'en former une idée exacte ; mais on se ferait une opinion fautive de sa fréquence en ne tenant pas compte du renouvellement constant du personnel de ces établissements.

Cette affection est propre aux nègres africains. On ne l'a pas observée aux Antilles chez les noirs indigènes ; mais un noir émigrant arrivé en parfait état de santé peut y contracter la maladie, même au bout d'un certain temps de séjour. L'un de mes collègues traite actuellement à la Basse-Terre (Guadeloupe) un émigrant qui se trouve précisément dans ce cas.

Relativement à l'influence de l'âge et du sexe, je crois que les femmes y sont moins prédisposées que les hommes, et les adultes moins que les enfants. Je ne puis malheureusement fournir un nombre de faits suffisant pour fixer ce point d'étiologie. Sur 40 cas que je connais, je compte 4 femme et 9 hommes. La femme était adulte. Parmi les hommes, 4 étaient également des adultes. Le chiffre des enfants me paraît relativement élevé, par la raison que les enfants sont en grande minorité dans les convois, et que, pour ma part, j'ai accompagné deux contingents qui ne comprenaient pas d'enfants.

Ce qui détruit de prime abord cette opinion que la maladie du sommeil est une forme de l'anémie, c'est que tous les cas que j'ai observés au début se sont présentés chez des noirs robustes et réunissant les signes d'une bonne constitution. Presque tous les

rée, dans une position digne d'eux, car le meilleur moyen de bien recruter un corps est d'offrir à ceux qui y entrent des avantages en rapport avec leurs mérites et leurs légitimes aspirations.

Du reste, c'est, comme nous l'avons déjà fait pressentir dans une revue récente, une question à examiner que celle de savoir s'il ne serait pas possible de créer aux médecins des armées une position spéciale en rapport avec la spécialité de leurs fonctions et la dignité de leur ministère.

— Chacun peut, en Angleterre, vendre des médicaments à ses risques et périls ; mais il faut, pour être autorisé à faire une déclaration de décès d'un de ses malades, posséder un titre scientifique et être inscrit sur le *medical register*. Un droguiste, pour pouvoir tuer avec quelque sécurité pour lui-même les malheureux qui viennent implorer les lumières de son ignorance, est donc obligé d'avoir pour comparse un praticien légalement institué qui lui donne, quand il faut, les certificats nécessaires. Cette alliance du pharmacien et du médecin se voit aussi et surtout à Paris ; si cette

émigrants africains présentent des signes d'anémie plus ou moins prononcés; il serait étonnant, si cette affection n'est qu'une anémie, qu'elle se fût déclarée précisément chez les sujets les moins anémiés.

On pourrait en conclure que le tempérament sanguin y prédispose; les médecins qui n'y voient qu'une encéphalo-méningite trouveraient peut-être un argument dans ce que je viens de dire. Mais, d'une part, on voit des encéphalites et des méningites se déclarer chez des noirs qui ne présentent aucun des caractères du tempérament sanguin, et, d'une autre part, ces caractères se rencontrent bien rarement chez les émigrants africains. Ceux que j'ai vus atteints de somnolence étaient loin de réunir ces caractères, quoiqu'ils fussent bien constitués, ainsi que je l'ai dit.

Je crois, sans en avoir de preuves, que les noirs libres du pays en sont moins fréquemment atteints que les esclaves. Le peu de confiance que l'on doit accorder au témoignage des noirs en pareille matière est cause que je n'accepte qu'avec réserve cette opinion. Si l'on ne considérait que la torpeur physique et morale dans laquelle vit souvent cette classe inférieure, on trouverait un côté séduisant à cette opinion; mais ces conditions d'apathie, d'indifférence, de paresse sont souvent réunies, sans que pour cela la maladie paraisse bien fréquente. D'ailleurs j'ai pu la voir une fois se déclarer chez un enfant d'une dizaine d'années très gai et très vif, et l'un des plus espiègles du convoi.

Elle paraît nouvelle sur la côte d'Afrique, ainsi que je l'ai fait entrevoir. Si l'on en croit des témoignages recueillis par un de mes collègues, elle serait apparue d'abord dans le sud, aux environs de Saint-Paul-de-Loanda, et remonterait actuellement vers Gorée. Je ne crois pas qu'elle ait été observée ailleurs que dans cette partie de la côte comprise entre Saint-Paul et le cap des Palmes. Je la crois aussi commune au Gabon qu'au Congo, où elle se voit plus fréquemment, sans doute parce que le Congo est un grand centre de traite, et surtout parce que c'est le seul point où se fasse aujourd'hui le recrutement pour l'immigration dans les colonies françaises. Il n'y a rien dans l'état des lieux qui explique cette prédilection de la maladie pour les régions que je viens d'indiquer. Est-elle particulière aux races qui peuplent les Guinées et le Congo? Voilà ce que l'avenir décidera.

Je n'ai jamais trouvé de cause occasionnelle quelconque.

Le premier signe extérieur de l'invasion de la maladie s'observe aux paupières, que le malade tient à demi fermées, comme s'il ne pouvait plus les relever entièrement. En même temps, il est pris à divers moments de la journée d'un besoin de dormir plus ou moins impérieux. La manière dont chacun lutte contre ce besoin est en rapport avec son caractère et ses habitudes; les enfants surpris au milieu de leurs jeux y résistent mieux et plus longtemps si le jeu qu'ils sont obligés de quitter les intéressait, mais tous finissent toujours par y céder. Comme le besoin de dormir peut surprendre les sujets dans la position debout ou assise aussi bien que dans la

position couchée, il n'est pas étonnant qu'ils s'y laissent aller plus ou moins vite, suivant les circonstances.

En dehors de ces accès de sommeil, le sujet ne paraît pas malade. Il conserve sa physionomie normale, à part cette semi-occlusion des paupières, qui ne sont jamais complètement relevées, même chez ceux qui paraissent le mieux éveillés.

Peu à peu les accès se rapprochent et se confondent. Il faut éveiller le malade, et souvent l'exciter pour le faire manger, ce qu'il paraît toujours faire avec plaisir si on l'éveille suffisamment. Dès lors ses camarades s'éloignent de lui, non pas qu'ils le croient possédé du démon, comme on l'a dit (c'est faire honneur aux nègres d'Afrique d'idées qu'ils n'ont pas), mais par suite du même sentiment qui les fait s'éloigner des autres malades. Il est arrivé ainsi que des sujets oubliés dans un coin du navire ont dormi un temps très long.

Bientôt ils ne s'éveillent réellement plus; les stimulations de toute espèce ne provoquent qu'un effort incomplet. J'ai vu le malade que je pressais de boire essayer de porter le verre à sa bouche, et s'assoupir avant d'avoir achevé ce mouvement si simple. Il est facile de voir là toutes les nuances qui existent entre l'assoupissement et même la simple tendance au sommeil et le sommeil le plus profond. A ce moment de la maladie les malades dorment dans les positions les plus diverses et souvent les plus pénibles en apparence, mais dont aucune n'exige d'efforts musculaires; toujours le corps repose en entier sur le sol.

Ils s'éteignent ainsi progressivement, sans crises, sans douleur, et sans qu'on puisse saisir le passage du sommeil à la mort.

C'est là, on peut le dire, toute la symptomatologie de la maladie du sommeil; les autres symptômes sont insignifiants.

Souvent rien n'est changé dans l'habitude extérieure. J'ai vu l'embonpoint se conserver jusqu'à la fin, malgré la privation complète de nourriture. En général, cependant, surtout quand la maladie marche lentement, le malade maigrit et tombe dans un état de marasme qui explique la mort. La peau ne change pas de couleur, mais elle prend, dans tous les cas, cet aspect terreux qui s'observe chez tous les noirs malades, et qu'il faut attribuer à la suppression des soins de propreté auxquels les noirs sont soumis d'habitude. La chaleur est sensiblement conservée, mais la peau est sèche, au moins à la fin de la maladie. J'ai vu, dans un cas, de la bouffissure de la face, sans qu'il y eût de traces d'œdème en d'autres points. L'expression change à la longue, et les malades paraissent indifférents et comme hébétés.

Les fonctions peuvent rester normales pendant toute la maladie. L'appétit paraît conservé, mais l'état de somnolence empêche les malades de le satisfaire; la langue est normale, les selles solides, ordinairement décolorées, comme cela s'observe souvent chez les noirs bien portants. J'ai vu deux malades séjourner pendant un mois et plus dans un hôpital de dysentériques, soumis à toutes les conditions mauvaises d'un pareil séjour sur un navire d'émigrants, n'éprouver aucun trouble des fonctions digestives. Il peut arriver

association, la honte de la profession, ne s'y trouve pas encouragée, comme le dit le DUBLIN MEDICAL PRESS, elle s'y trouve au moins sanctionnée par l'usage, autorisée par la loi mal appliquée et expliquée malheureusement trop souvent par la misère. Mais cette complicité du médecin est à Paris fort mal rétribuée, son salaire est encore moindre en Angleterre, un procès récent vient de le démontrer.

Un M. Popham, droguiste à Clerkenwell, ne se contentait pas de vendre ses drogues, il trouvait encore bénéfice à les prescrire, mais il lui fallait de temps en temps fournir des certificats de décès, lorsqu'un de ses clients était assez malheureux pour mourir entre ses mains; il éprouvait aussi quelquefois le besoin d'une consultation, et il appelait à son aide, dans ces diverses circonstances, un médecin nommé Sweetnam, qu'il présentait, suivant le cas, comme médecin ou comme chirurgien. 6 pence (60 centimes), tels étaient l'habitude les honoraires de ce digne praticien, lorsqu'il fournissait les certificats demandés; mais en cas de consultation, le salaire était encore moindre, car le droguiste faisait peu payer ses visites.

Que faisiez-vous, dit le président au droguiste, lorsque le prix de vos visites n'était que de 8 pence (80 centimes)? « Je donnais généralement, c'est-à-dire M. Sweetnam me donnait la moitié. » M. Sweetnam reconnut la réalité de ces faits, mais se défendit en disant que beaucoup faisaient la même chose. Le médecin, dit THE LANCET, qui s'associe à un droguiste, déshonore le manteau d'autorité dont une honorable corporation l'a revêtu. La LANCETTE a raison; mais si l'on a le droit et le devoir de blâmer ceux qui oublient ainsi toute dignité personnelle et professionnelle, ne faut-il pas en même temps les plaindre tout bas, lorsque la misère pourrait servir, non à excuser, mais à expliquer leur conduite?

— Puisque nous en sommes sur le chapitre des honoraires, nous donnons un spécimen abrégé d'un tarif, publié dans un des derniers numéros de la GAZETTE MÉDICALE SARDE: pour une visite simple, 1 fr. 50 c.; pour une consultation chez le malade, 42 fr.; chez le médecin, 6 fr.; une saignée du bras, 4 fr.; du pied ou de la main, 1 fr. 50 c.; application et pansement d'un vésicatoire,



Digitized by the Internet Archive
in 2018 with funding from
Wellcome Library

<https://archive.org/details/b30476136>

aussi que la dysenterie ou l'une des maladies régnantes dans le moment atteinne le malade, et termine prématurément la somnolence. La dysenterie étant l'une des plus communes chez les émigrants est aussi celle qui s'observe le plus souvent chez ces malades. On observe souvent dans le cours de la maladie des selles et des urines involontaires, non qu'il y ait paralysie des sphincters ou de la vessie, mais parce que le malade ou n'a qu'une conscience imparfaite de ses besoins, ou ne peut se lever pour les satisfaire.

L'état du pouds ne m'a rien présenté de particulier. Peut-être est-il un peu ralenti, mais il n'est pas accéléré; je n'ai jamais observé d'état fébrile en dehors des complications, soit au début, soit pendant le cours de la maladie.

L'étude des fonctions qui sont sous la dépendance de l'innervation mérite de nous arrêter un moment. L'intelligence est conservée jusqu'à la fin, bien qu'elle paraisse amoindrie et paresseuse; le malade est hébété comme un homme à demi endormi, mais il comprend toutes les questions qu'on lui adresse. Il n'y a d'ailleurs jamais de délire.

Pendant ce sommeil profond, sans contractions musculaires autres que celles des muscles respiratoires, sans apparence de vie, les perceptions sensorielles sont lentes, mais nettes; l'ouïe, le toucher restent impressionnables, quoique la transmission soit moins active. Il serait intéressant de poursuivre plus avant l'examen des fonctions cérébrales, mais chez ces noirs un pareil examen ne peut se pousser très loin. Dans les derniers temps de la maladie, les sujets peuvent paraître idiots, mais ils ne le sont pas, en ce sens que les facultés sont amoindries sans être éteintes, comme on peut quelquefois s'en assurer alors que, par une vive excitation, on a réussi à obtenir le réveil.

On n'observe pas de paralysie dans la somnolence non compliquée, à quelque période de son cours qu'on l'étudie. La sensibilité est conservée, quoiqu'elle soit moins vive; il n'y a ni anesthésie, ni analgésie. Tout le monde est d'accord sur ce point. Il n'en est pas de même à l'égard de la motilité. On a signalé, dans tous les cas, une paralysie du mouvement; mais cette paralysie n'est qu'apparente, ce n'est pas une paralysie véritable. Le malade marche difficilement, chancelle comme un homme ivre; ses mouvements sont incertains; ses jambes fléchissent sous lui; ses bras retombent quand on les soulève; ses paupières se ferment malgré lui; il ne peut souvent exécuter de mouvements complets; mais il y a entre cet état et la paralysie cette différence que, dans la somnolence, tous les mouvements sont possibles dans toute leur intégrité. Si le malade ne les exécute pas, c'est qu'il dort à demi; mais il se trouve alors dans le même état qu'un homme éveillé brusquement au milieu d'un profond sommeil; l'aspect extérieur est le même dans les deux cas. Il n'y a là rien qui ressemble véritablement à la paralysie. On n'observe même pas, dans la somnolence, ces tremblements qui caractérisent certaines maladies, et qui annoncent un désordre dans l'innervation ou un commen-

cement d'inertie musculaire; en un mot, dans la maladie qui nous occupe, c'est plutôt la volonté qui est malade que les agents qui lui obéissent.

La marche de la maladie est continue, lente, progressive. Au commencement ce ne sont que des accès de sommeil, comme je l'ai dit, sans donner au mot accès sa valeur réelle. Puis c'est un sommeil plus ou moins prolongé. La maladie dure d'un à cinq mois et plus, et s'est terminée par la mort dans tous les cas observés jusqu'à ce jour.

S'il n'est pas possible de conclure de la description qui précède la nature de la maladie, au moins doit-on reconnaître qu'elle constitue une entité pathologique bien distincte. Elle diffère de toutes les maladies dont la somnolence constitue l'un des symptômes par l'absence de tout trouble fonctionnel, l'intégrité des organes et même des facultés cérébrales. Je n'ai plus besoin de démontrer, désormais, que l'hypnose n'est pas une forme de l'anémie, une fièvre typhoïde, une encéphalite, une encéphalo-méningite, une catalepsie. Avant de chercher la nature du mal, il faut attendre que la physiologie ait découvert la nature du sommeil, ou au moins sa cause, l'appareil dont il dépend. Or, elle n'a fait jusqu'à présent qu'exposer ses manifestations. La somnolence est une névrose qui marquerait le passage entre les névroses de l'intelligence et celles de la sensibilité et du mouvement. Là doivent s'arrêter nos conclusions.

Les lésions anatomiques trouvées à l'autopsie sont insignifiantes. Sur cinq autopsies on a trouvé deux fois un léger ramollissement de la substance du cerveau, quatre fois une légère injection de l'encéphale et des méninges; dans un cas, le cerveau et les membranes étaient intacts. On trouve, en général, un peu de décoloration des tissus. Je ne connais pas d'autopsie où l'on ait examiné l'état de la moelle. Il ne m'a jamais été possible d'en faire moi-même une seule.

Il est à peine besoin d'exposer le diagnostic différentiel de cette affection. La fièvre typhoïde s'en distingue, dès le début, par un cortège de symptômes dont le moindre atteste l'existence d'une maladie; dans la somnolence, au contraire, le malade présente toutes les apparences de la santé. La catalepsie ne lui ressemble pas plus qu'au sommeil physiologique. La seule difficulté consiste à distinguer la somnolence au début du sommeil normal. Il faut consulter, dans ce cas, les habitudes du malade, le faire surveiller, l'observer souvent, et se défier surtout de la malveillance de ses camarades, qui chercheraient à le faire séquestrer pour profiter de sa ration de vivres ou pour tout autre motif.

Le pronostic de cette affection est aujourd'hui fort grave, et il est à craindre qu'il en soit longtemps de même.

Le traitement est nul ou à peu près. J'ai vu essayer et j'ai essayé moi-même le café, les divers excitants généraux, la strychnine, le sulfate de quinine, le musc et d'autres antispasmodiques, le fer, les vomitifs, les purgatifs, le chloroforme, le vésicatoire ou le séton à la nuque, le vésicatoire sur le vertex. Tous ces moyens

2 fr. 50 c.; d'un séton, 15 fr.; ouverture d'abcès, 3 fr.; cathétérisme urétral, 5 fr.; opération d'hydrocèle, 10 fr.; accouchement, 20 fr.; pour aide dans une opération payée plus de 400 fr., 24 fr.; pour aide dans une opération payée moins de 400 fr., 12 fr.

Comme on le voit, les honoraires ne sont guère élevés en Italie, car il n'est pas probable que ce tarif ait été proposé par un confrère, qui se trouve trop payé des soins qu'il donne à ses malades. Quelles sont les opérations payées plus de 400 fr.? on ne le dit pas, mais, comme le fait remarquer la GAZETTE ITALIENNE, si on acceptait cette base d'évaluation, il s'ensuivrait que l'aide, dans une opération d'hydrocèle payée 12 fr., recevrait plus que l'opérateur, puisque la taxe ne lui donnerait que 10 fr.

Décidément, partout où l'on essaye d'établir un tarif, on joue de malheur!

— De l'Espagne, nous ne dirons qu'un mot aujourd'hui, et c'est pour donner un spécimen de ce travail de civilisation, auquel on dit qu'elle s'applique de toutes ses forces. Il n'y a pas

plus d'une semaine, en pleine ville de Barcelone, sur la place même où se font les exécutions criminelles, on a, par ordre de l'évêque, brûlé, comme œuvre du démon, trois cents volumes saisis chez un seul libraire et consacrés au spiritisme et aux tables tournantes. Rien ne manquait à cette scène d'inquisition: le prêtre, la croix, la torche; rien, si ce n'est les vrais coupables, ceux-là mêmes qu'on voudrait brûler, les esprits! Mais les esprits avaient fui la flambée, pour se réfugier sans doute dans le feu de l'enfer, dont ils ont plus l'habitude. Ah! de quelles régions de ténèbres était donc sorti celui qui a soufflé à l'autorité ecclésiastique la pensée de scènes aussi absurdes, aussi odieuses? Le peuple, autrefois, eût accueilli le prêtre avec terreur; cette fois, il a ri. C'est une leçon, et la meilleure de toutes. Nous sommes à une époque où nous croyons permis de rire tout ensemble du spiritisme et des autodafé.

ALQUIS.

sont restés sans effet. A mon premier voyage d'immigration, j'avais cru guérir par le café et le sulfate de quinine un cas de somnolence au début. Mais à cette période de la maladie il est facile de se tromper sur le diagnostic. J'ai essayé depuis le même traitement sans aucun résultat.

J'en dirai autant de certains fruits du pays, auxquels les noirs attribuent des propriétés anti-hypnotiques ou plutôt aphrodisiaques, car ils confondent volontiers ces deux effets. C'est déjà un motif d'en douter. J'ai d'ailleurs essayé, d'une façon peu suivie, il est vrai, d'un fruit qu'on nomme *mbéni* au Gabon. Je n'ai constaté aucun des effets promis. C'est peut-être un essai à reprendre; car un remède qui chasse le sommeil devrait guérir l'hypnose, quelle que soit la cause qui agisse pour produire l'une ou l'autre.

L'exercice, la marche, le travail ont été dirigés contre cette maladie sans plus de succès. Il est impossible de décider un noir dans ces conditions à se mouvoir pour se guérir. J'ai essayé, pour ma part, de tous les moyens de distraction que mon imagination pouvait me fournir; je n'ai jamais pu obtenir autre chose, en somme, qu'une succession de mouvements analogues, monotones, peu propres, par conséquent, à fixer l'attention et la volonté des malades. Séparés de leurs camarades, qui ne leur viennent jamais en aide, ils n'en dormaient que mieux. On pourrait, dans ce but, marier les émigrants chez qui l'on voit se déclarer la maladie, mais je doute qu'on la guérisse ainsi.

III

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 7 OCTOBRE 1864. — PRÉSIDENTE DE M. MILNE EDWARDS.

PHYSIOLOGIE. — Détermination graphique des rapports du choc du cœur avec les mouvements des oreillettes et des ventricules; expérience faite à l'aide d'un appareil enregistreur (sphygmographe), par MM. Chauveau et Marey. — Plus de vingt théories ont existé dans la science relativement à l'ordre de succession des mouvements du cœur, à la cause de ses bruits normaux et aux rapports qui existent entre le choc du cœur et les mouvements de l'oreillette et du ventricule.

Le nombre de ces théories s'est bien réduit de nos jours, mais les opinions sont encore partagées, en France du moins, entre deux théories rivales. L'une, la plus ancienne et la plus répandue, soutient que le choc du cœur se fait pendant la *systole* ventriculaire, dont il est l'effet immédiat, et la manifestation extérieure; l'autre attribue ce choc à la contraction de l'oreillette, et le considère comme l'expression de la *diastole* du ventricule. L'importance de la question a soulevé des discussions nombreuses; des expériences ont été faites pour rallier l'un des partis; mais toujours après avoir vu, palpé, ausculté le cœur d'un animal dont on avait ouvert la poitrine, chacun croyait trouver la confirmation de la théorie à laquelle il croyait à l'avance.

Puisque la contradiction existait entre des observateurs témoins d'un même fait, c'est probablement que la démonstration n'était pas suffisamment claire pour tout le monde; que l'œil ne peut pas toujours saisir la succession rapide de ces mouvements multiples qui constituent une révolution du cœur.

Une seule chose restait à faire pour mettre fin aux dissidences: c'était de tâcher d'obtenir, à l'aide d'un appareil enregistreur, sur des animaux non mutilés, la représentation pour ainsi dire autographique des mouvements du cœur et du choc cardiaque, de manière à ne plus rien laisser à l'appréciation des sens dans la détermination des rapports de l'un avec les autres.

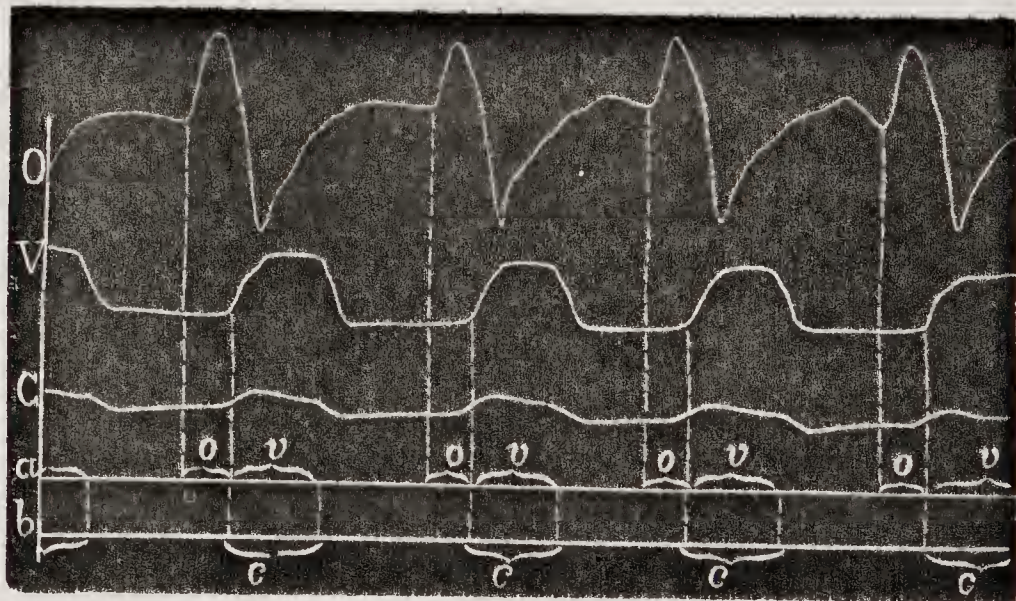
Lorsque l'oreillette ou le ventricule se contracte, il survient une brusque augmentation dans la pression du sang que contiennent ces cavités. Signaler à l'aide d'un instrument enregistreur ces changements dans la pression nous a paru la meilleure manière de constater l'instant de la contraction de l'oreillette et du ventricule.

L'expérience que nous avons déjà tentée il y a deux ans, au

moyen de leviers de sphygmographe mis en communication avec les cavités du cœur par des tubes remplis d'eau, avait échoué à cette époque à cause des résistances trop grandes que causaient l'inertie et les frottements d'une longue colonne liquide. Nous la reprîmes dans ces temps derniers avec un succès complet en nous servant comme moyen de transmission de tubes à air, d'après le procédé de M. Buisson (1).

L'expérience fut faite sur un cheval vigoureux, qui est resté pendant tout le temps debout et parfaitement calme (on observa cependant une accélération sensible des battements du cœur). Une petite boule de caoutchouc gonflée d'air fut introduite dans un espace intercostal, du côté gauche, au niveau du ventricule; elle recevait le choc développé par la pulsation cardiaque, et le transmettait au moyen d'un long tube à un premier levier. Une sonde poussée dans l'oreillette droite par la jugulaire, et terminée par une mince ampoule élastique pleine d'air, transmettait à un deuxième levier les impulsions développées par les systoles auriculaires. Enfin un troisième levier recevait les impulsions ventriculaires; il communiquait au moyen d'un long tube avec une sonde solidaire de celle de l'oreillette, mais plus longue et descendant jusque dans le ventricule. Une ampoule élastique le terminait également; un plomb adapté à son extrémité assurait sa descente. Quand on se fut assuré que les trois leviers fonctionnaient régulièrement, on leur fit écrire simultanément leurs indications sur un cylindre tournant recouvert d'un papier glacé enduit de noir de fumée.

La figure ci-dessous reproduit ces indications.



Le tracé supérieur O appartient à l'oreillette. Au début, l'oreillette est en relâchement, et se remplit peu à peu par l'afflux veineux: aussi la ligne du tracé s'élève-t-elle graduellement. L'ascension brusque et brève qui succède à cette première partie du tracé indique ensuite la systole auriculaire. L'abaissement non moins brusque qui vient après résulte de l'aspiration que le vide thoracique cause sur l'oreillette relâchée. Puis arrive une nouvelle réplétion de l'oreillette, et la série des mouvements se répète comme tout à l'heure (2).

Le tracé V indique le mouvement du ventricule; il débute pendant la systole. Le levier est alors relativement très haut; il se tient un instant dans cette position; après quoi il descend brusquement au moment du relâchement du ventricule, reste abaissé pendant toute la durée de ce relâchement, et remonte de nouveau à la systole suivante. La durée de l'état d'élévation du levier correspond à la durée de la systole.

La ligne C, qui donne le tracé du choc, commence au milieu d'une pulsation. Le commencement et la fin des pulsations suivantes sont indiqués par une série de mouvements d'ascension et d'abaissement de la ligne du tracé.

Considérons maintenant ces trois tracés dans leur ensemble, afin d'établir les rapports des mouvements de l'oreillette et du ventri-

(1) Voy. la *Gazette médicale de Paris*, 18 mai 1864.

(2) Les oreillettes dans ce tracé ont beaucoup plus d'amplitude que dans les deux autres, parce que, vu la faiblesse de l'oreillette, nous avons donné à l'appareil transmetteur une exquise sensibilité. Les dimensions des tracés ne peuvent donc nullement donner une idée de l'intensité relative des systoles de l'oreillette et du ventricule: ils n'expriment que leurs rapports de succession.

